



OFICINA LOCAL	NÚMERO DE TELÉFONO
NÚMERO DE CASO	FECHA

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE  
**NOTA DE RECHAZO DE  
WCCC  
WCCC DENIAL NOTICE**

**Los pagos a su proveedor de cuidado de niños realizados por el Departamento de Servicios Sociales y Salud (DSHS) serán detenidos para cualquier cuidador de niños después de esta fecha. Por favor, comuníquese con su proveedor de cuidado de niños para hablar de los pagos.**

- El \_\_\_\_\_ usted pidió ayuda para el cuidado de niños bajo el programa WCCC. No podremos ayudarlo, según WAC 388-290, porque:
  - Ud. retiró su pedido de ayuda para cuidado de niños.
  - Ud. no tiene un niño que califica para el programa, según WAC 388-290-0015.
  - Sus actividades no cumplen con los requisitos de WAC 388-290-0040, 0045 o 0050.
  - Ud. es financieramente elegible para recibir subsidio para el cuidado de niños, sin embargo, su proveedor está descalificado según WAC 388-290-0130. Debe elegir otro proveedor. Si no proporciona la información de un nuevo proveedor antes del \_\_\_\_\_, llegaremos a la conclusión de que usted retira su pedido de ayuda para el cuidado de niños.
  - Sus ingresos es superior al máximo permitido por el Nivel de Pobreza Federal (Federal Poverty Level (FPL) para poder participar en el programa, según WAC 388-290-0010.
  - Usted no proveyó la información necesaria para determinar su elegibilidad. De acuerdo al WAC 388-290-0030, el \_\_\_\_\_ nosotros le solicitamos:

---



---



---



---

Otro: \_\_\_\_\_

---

Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo llamando al \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Funcionario que Autoriza

\_\_\_\_\_  
Teléfono y Fax del Funcionario que Autoriza

**DERECHOS A UNA AUDIENCIA**

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, puede pedir una audiencia comunicándose o llamando a Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98507-2465. Debe pedir su audiencia dentro de los 90 días de haber recibido esta carta. En la audiencia, usted tiene el derecho de representarse a sí mismo, ser representado por un abogado o por cualquier otra persona de su elección. Puede recibir asesoría legal gratis o representación comunicándose con la oficina de servicios legales. Usted puede ser elegible para recibir beneficios continuados pendientes del resultado de una audiencia.

## SEGURO MÉDICO PARA SUS NIÑOS

¿Sabía usted que puede obtener cobertura médica y dental para sus hijos? No hay una lista de espera y tan fácil hacerlo como contar **1 - 2 - 3**.

1. ¿Está usted recibiendo algún otro tipo de ayuda a través del estado, tal como estampillas para alimentos o ayuda en efectivo?
  - **SÍ:** Llame al funcionario financiero encargado de su caso y pídale cobertura médica para sus hijos.
  - **NO:** Llame al número de teléfono gratis de Children's Medical Assistance (Ayuda médica para niños) al 1-800-204-6429.
2. Provea al funcionario la información necesaria para decidir si usted califica para el programa. Es posible que ya la tenga o, de lo contrario, usted podrá dársela por teléfono.
3. Reciba la tarjeta médica por correo.

**No espere más – ¡La cobertura médica para sus hijos está al alcance de su mano!**